

ANNEE 1936

THÈSE

N°

802

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-Roger GAMELON

Né le 18 Juin 1909, à ROCHEFORT-SUR-MER (Charente-Inférieure)

Ancien Interne de l'Hôpital St-Michel (Paris)

LA DOULEUR

DANS LES

PERFORATIONS DU TUBE DIGESTIF

Président : M. GREGOIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-Roger GAMELON

Né le 18 Juin 1909, à ROCHEFORT-SUR-MER (Charente-Inférieure)

Ancien Interne de l'Hôpital St-Michel (Paris)

LA DOULEUR

DANS LES

PERFORATIONS DU TUBE DIGESTIF

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1936

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Cardiologie clinique

Professeurs sans chaire

ROUVIÈRE
 Léon BINET.
 STROHL.
 DESGREZ.
 Robert DEBRÉ.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 CHEVASSU
 ROUSSY.
 CHAMPY.
 TIEFFNEAU
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAINEL.
 LAVASTINI
 FIESSINGER
 Maur. VILLARET
 LOEPER.
 CARNOT.
 CLERC.
 Marcel LABBÉ
 LEREBOLLET
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GRÉGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 MARION.
 BRINDEAU.
 COUVELAIRE
 JEANNIN.
 MOCQUOT
 OMBREDANNE
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL
 SERGENT.
 BEZANÇON.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 HOVELACQUE
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.

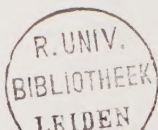
II. — Agrégés en exercice

MM

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD Et... Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK.
 BRENTANO Pathologie chirurgicale.
 GAILLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.

DE GAUDART
 D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ Henri.. Chimie biologique
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale
 LELONG Pathologie médicale.



MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J) .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX .. Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RENARD (L.). Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-
 LEMAIRE .. Parasitologie
 PHILIBERT ... Bactériologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE. }
 AUBERTIN }
 BRULE }
 CHABROL }
 CHIRAY }
 DONZELOT }
 DUVOIR }
 LIAN }
 VALLERY-RADOT }
 (Pasteur). }
 SEZARY }

Clinique médicale

MM.

BASSET }
 BROcq }
 CADENAT }
 GATELLIER }
 HEITZ-BOYER. }
 MOURE }
 QUENU }
 SCHWARTZ }
 VELTER }
 ECALLE }
 GUENIOT }
 LE LORIER }
 LEVY-SOLAL ... }
 METZGER }

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 PHILIBERT, agrégé.... Stomatologie.
 RUPPE Microbiologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MERE

*A qui je demande de considérer ceci
non comme le résultat de tout ce qu'elle
à fait jusqu'ici pour moi : ce serait in-
suffisant; mais plutôt comme un symbo-
le : celui de ma tendresse profonde.*

A MON PERE

En témoignage de mon amour filial.

AU DOCTEUR CLERMONTHE

*Faible témoignage de mon affection et
de ma reconnaissance.*

A TOUS LES MIENS

A MA FIANCEE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND GREGOIRE

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE NANTES

In Memoriam

Monsieur le Professeur TEXIER.
Monsieur le Professeur LEVESQUE.
Monsieur le Professeur GROSSE.
Monsieur le Professeur MIRALLIÉ.
Monsieur le Professeur JOUON.

Monsieur le Professeur SEBILLEAU.
Monsieur le Professeur Gustave BUREAU.
Monsieur le Professeur LEROUX.
Monsieur le Professeur GIROIRE.
Monsieur le Professeur Yves BUREAU.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE SAINT-NAZAIRE

Monsieur le Docteur JAGOT.
Monsieur le Docteur DUBOIS.
Monsieur le Docteur MELOCHE.
Monsieur le Docteur LETELLIER.
Monsieur le Docteur POUSSIÉ.
Monsieur le Docteur VERDIER.

*Dont nous avons été l'externe ou l'in-
terne.*

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-MICHEL

Monsieur le Docteur Joseph RECAMIER.

(in memoriam).

Monsieur le Docteur Jacques RECAMIER.

En hommage d'affectueux dévouement.

Monsieur le Docteur Victor PAUCHET.

Monsieur le Docteur VEAU.

Monsieur le Docteur HEITZ-BOYER.

Monsieur le Docteur LAGRANGE.

Monsieur le Docteur LUQUET.

Monsieur le Docteur BONNET-ROY.

Monsieur le Docteur CLEMENT-SIMON.

Monsieur le Docteur FLANDRIN.

A mon Ami le Docteur Pierre NEIS

Assistant à l'Hôpital Saint-Michel

Qui a tant fait pour moi. En témoignage de ma très sincère amitié.

AVANT-PROPOS

La tradition nous fait un devoir de remercier M. le Professeur Grégoire du très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, mais nous voulons surtout exprimer à M. Grégoire notre reconnaissance très respectueuse et très affectueuse pour les multiples marques de la bienveillante attention qu'il nous a témoignées.

C'est à lui que nous devons d'avoir entrepris cette étude critique ; c'est de lui que nous tenons la plupart de nos observations et les directives générales qui nous ont guidé.

Qu'il soit donc remercié pour la documentation abondante qu'il nous a fournie et pour les conseils qu'il nous a prodigués.

La dette de reconnaissance que nous avons contractée ici envers lui, venant après celle de nous avoir aidé dans la réalisation d'un grand bonheur est considérable.

Toute notre gratitude va également aux Maîtres des Hôpitaux de Nantes, de Saint-Nazaire et de l'Hôpital Saint-Michel qui nous ont fait l'honneur de nous accueillir dans leur service et de nous faire profiter de leur enseignement, car comme dit Montaigne :

« Il fait bel apprendre la théorique de ceux qui connaissent bien la pratique. »

Nous sommes heureux d'exprimer très spécialement notre gratitude respectueuse au Docteur Jacques Récamier, dont nous avons été pendant deux ans l'interne à l'Hôpital Saint-Michel.

Nous le remercions de nous avoir donné l'exemple de la grande tradition d'honnêteté qui a toujours été la base nécessaire de la vertu scientifique.

C'est en nous référant à ce haut exemple que nous jugeons nécessaire de prêter ici, comme il en est coutume encore à Montpellier, le serment d'Hippocrate.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

INTRODUCTION

On sait que la perforation d'un ulcus gastro-duodénal en péritoine libre se manifeste par des phénomènes bruyants : une douleur subite et violente, s'accompagnant de contracture de la paroi, tandis que les téguments abdominaux présentent une sensibilité extrêmement vive au moindre palper. Le malade pâle, angoissé, peut présenter tous les signes de choc. Mais la douleur par son atrocité semble être le symptôme le plus important et le plus impressionnant.

Il est classique d'admettre que cette douleur subite, en coup de poignard, correspond dans le temps à l'ouverture dans le péritoine d'un organe creux de l'abdomen. Il semblait en effet jusqu'à ces derniers temps que cette opinion était exacte. Les cliniciens font leur diagnostic sur ces symptômes et les statistiques opératoires montrent que les résultats varient selon le temps écoulé entre ce syndrome alarmant et l'intervention. Mondor nous dit qu'il y a 40 ans pas un malade en France n'avait été guéri d'un ulcère perforé.

La première guérison est due à Michoux en 1894. Il y a 20 ans sur 47 opérations, 36 malades succombaient. A l'heure actuelle, si l'on opère à temps on

guérit 9 malades sur 10. La précocité du diagnostic basé sur la douleur semblait démontrée.

Or, depuis quelques années (la première communication à ce sujet a été faite par le Professeur Grégoire à la Société Nationale de Chirurgie, le 12 juillet 1922), le professeur Grégoire a rapporté des cas d'ulcères perforés de l'estomac dont les observations montrent d'une façon explicite, que la douleur en coup de poignard ne correspond pas très probablement à l'ouverture dans le péritoine d'un organe creux de l'abdomen. Il existe une période latente entre la perforation et la souffrance du malade. On a vu à l'écran radioscopique des estomacs perforés, chez des sujets qui paraissent en bonne santé. Des comptes rendus opératoires ont montré qu'on pouvait trouver déjà du liquide stomacal dans le péritoine avant l'apparition de la douleur.

Les interventions multiples pratiquées sur l'intestin et l'estomac nous avaient déjà appris que l'on peut ouvrir un organe creux, l'inciser, le suturer, sans réveiller chez le patient des réactions douloureuses.

La douleur violente serait plutôt due à notre avis, à une réaction déjà prononcée du péritoine.

Le but de ce travail ne sera pas tant de reprendre des notions antérieurement connues que d'apporter quelques observations anciennes et récentes, avec les conséquences qu'elles entraînent tant au point de vue chirurgical que médico-légal.

Conséquences chirurgicales : possibilité d'intervenir avant l'apparition de la douleur si des conditions

favorables ont permis de poser le diagnostic de perforation.

Conséquences médico-légales : ne pas rapporter obligatoirement la perforation à la douleur ressentie par un accidenté au moment du traumatisme.

CHAPITRE PREMIER

SYMPTOMATOLOGIE CLASSIQUE DE LA PERFORATION D'UN ULCERE GASTRIQUE

La perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal se traduit cliniquement par un syndrome abdominal suraigu accompagné d'une douleur extrêmement violente.

Nous allons passer rapidement en revue la symptomatologie des ulcus perforés en insistant tout particulièrement sur cette douleur qui est considérée classiquement comme le premier symptôme de la perforation.

Nous empruntons à la description magistrale de Mondor dans son livre sur « Les diagnostics urgents de l'abdomen » les phrases qui suivent.

Chez un homme de 30 à 40 ans qui souffre de l'estomac depuis quelque temps, dont l'interrogatoire révèle des crises gastriques d'hyperacidité se traduisant par des brûlures à jeun, brusquement, soudainement apparaît une douleur sus-ombicale atroce, angoissante; Dieulafoy l'appelait le coup de poignard

péritonéal. Les malades la comparent à un coup de couteau, une vive brûlure, une déchirure. Herzler disait : « Dans toutes les langues les superlatifs ont été employés pour exprimer l'intensité de la douleur. » Les souffrances du patient sont tellement affreuses qu'il pousse des cris, s'agite, hurle, se roule sur le plancher, ou au contraire demeure prostré, angoissé, plié en deux, n'osant remuer, il supplie d'une voix cassée qu'on le soulage, qu'on l'opère.

Victor Pauchet a cité le cas d'un malade qui tenta de se suicider et il rapporte deux observations où la douleur initiale fut telle qu'elle entraîna une syncope mortelle. Cette douleur épigastrique ne tarde pas à diffuser dans la fosse iliaque droite s'il s'agit d'ulcus duodénal et à droite ou à gauche s'il s'agit d'ulcus gastrique. Les irradiations scapulaires et sous-épineuses surtout à droite sont très fréquentes. On la retrouve d'ailleurs dans toutes les lésions péritonéales aiguës. On admet qu'il s'agit de la projection de la douleur dans les territoires cutanés, innervés par les segments spinaux qui donnent origine au phrénique. Celui-ci serait irrité par contact d'une collection liquide avec le diaphragme. Ce serait donc un signe d'inondation péritonéale.

Ces souffrances caractéristiques du début s'accompagnent de contracture et d'hyperesthésie de la paroi abdominale. Avec les antécédents dyspeptiques, c'est ce que Mondor appelle le trépied symptomatique qui correspond aux symptômes essentiels de la perforation. Tout à fait au début, la contracture est

localisée au-dessus de l'ombilic, parfois simplement le long du rebord costal. Mais très rapidement, elle s'étend à tout le ventre qui est plat, contracturé. C'est le ventre de bois, le ventre en bateau. Le diaphragme est immobile, les mouvements respiratoires n'entraînent plus l'abdomen. La respiration, de ce fait, est superficielle et accélérée. Même lorsque la contracture est généralisée, son maximum demeure sus-ombilical.

Accompagnant cette rigidité, il existe une sensibilité extrême de la paroi. Un pli fait à la peau, le moindre effleurement est intolérable et augmente la contraction des muscles sous-jacents.

Rien qu'avec ces symptômes, le diagnostic doit être fait, il existe cependant de nombreux signes accessoires qui viendront s'ajouter au tableau clinique pour fortifier la conviction. Mais il ne faudra jamais retarder une intervention pour les attendre.

Parmi les signes fonctionnels, nous citons les vomissements que l'on rencontre dans la moitié des cas, l'hématémèse beaucoup plus rare et enfin l'arrêt des matières et des gaz, autant de signes du début de la péritonite.

Les signes d'épanchements gazeux sont plus importants et se trouvent fréquemment. C'est la sonorité pré-hépatique qui a une grande valeur lorsqu'elle coïncide avec un ventre qui n'est pas ballonné. On est alors sûr qu'il ne s'agit pas de distension colique, mais bien de gaz libres dans la cavité péritonéale.

L'examen radiologique fera la preuve du pneumopéritoine. On a signalé les dangers que comporte l'absorption de baryte chez le malade en état de perforation. On pourrait obtenir des résultats utiles sans baryte. Une très petite quantité de gaz suffit pour donner une image qui se déplace selon la position du sujet. En position debout, on aperçoit une image claire en forme de faucille très étroite tout à fait caractéristique.

La matité des flancs sera plus ou moins précoce, plus ou moins étendue selon la quantité et la rapidité de l'épanchement intra-péritonéal.

Le toucher rectal qu'il ne faudra jamais négliger, montrera une extrême sensibilité du Douglas.

Quand aux signes généraux, ils sont très atténués, mais souvent, dans 30 % des cas, la douleur entraîne un état de choc : pâleur de la face, refroidissement des extrémités, sueurs profuses, anxiété, pouls petit, filant, incomptable, température abaissée.

Tel est au début, le tableau clinique habituel d'une perforation gastro-duodénale. Abandonné à lui-même, le malade fera très rapidement une péritonite généralisée. Mais avant cette période terminale, il peut y avoir une amélioration extraordinaire de tous les symptômes. C'est l'acalmie traîtresse. Cet intervalle libre ne doit pas en imposer pour une guérison.

Les chances de guérison diminuent si l'on attend les signes de péritonite. Le ventre se ballonne, il y a du tympanisme, des signes d'épanchement liquide. La douleur, moins violente, est diffuse et géné-

ralisée. Les vomissements deviennent abondants. Le pouls est petit rapide, la température à 39°, 40°. Le facies est grippé, les traits tirés, le nez pincé. Les urines sont rares. Si l'on attend, le hoquet apparaît, il y a infection et surtout iléus paralytique et intoxication. Après un jour ou deux la température tombe au-dessous de la normale et le malade meurt dans le collapsus.

Rarement la perforation peut se boucher, la péritonite se localiser et l'on assiste à l'évolution d'un abcès sous-phrénique.

Nous avons décrit une perforation d'ulcère typique. C'est le cas le plus fréquent. Nous dirons cependant quelques mots des formes cliniques où l'on voit le symptôme douleur n'être plus aussi caractéristique. Il s'agit toujours d'un enkystement, d'une barrière à l'inondation péritonéale diffuse. Soit que l'estomac s'ouvre dans l'arrière-cavité des épiploons, soit qu'il s'ouvre dans des adhérences pathologiques antérieures.

Certaines perforations, après leur début dramatique, semblent guérir. Il ne s'agit pas d'intervalle libre, car elles se sont couvertes le plus souvent par l'épiploon, mais aussi par le foie, la paroi abdominale. Il faut opérer et ne pas se fier à cette obturation qui peut être insuffisante, ce sont les perforations en deux temps.

Mondor décrit de plus les perforations à symptomatologie frustre, qui sont souvent pour lui des perforations couvertes.

Nous verrons qu'il existe une autre explication. Ce sont seulement des malades qui présentent juste une région épigastrique un peu tendue et douloureuse; à l'opération on trouve une perforation avec liquide dans le péritoine. Et ce même auteur cite ensuite la première observation que nous publions de Grégoire en en faisant une forme clinique spéciale qu'il appelle perforation latente.

CHAPITRE II

NOTIONS NOUVELLES SUR LA SUCCESSION DES SYMPTOMES AU COURS DES PERFORATIONS D'ULCERES GASTRIQUES

Nous venons d'écrire à dessein le tableau clinique classique d'une perforation d'un ulcus de l'estomac. Nous avons insisté sur le symptôme douleur et avons montré que les classiques croient à la simultanéité de la perforation et de la douleur.

Dans ce chapitre, au contraire, nous nous proposons de démontrer que la douleur n'est pas contemporaine à la perforation et qu'elle n'est pas due à cette perforation.

1° La douleur abdominale, soudaine, atroce, angoissante, le coup de poignard péritonéal de Dieulafoy, n'est pas le premier symptôme de la perforation.

Dans le Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie du 12 juillet 1922, Grégoire publie l'observation suivante :

OBSERVATION N° 1

Homme de 32 ans, chez qui les examens clinique et radiologique ont montré la présence d'un ulcère perforique avec sténose et une stase prolongée dans un estomac atone et distendu. L'opération est décidée et a lieu le jour fixé.

A l'ouverture du ventre, Grégoire a la surprise de trouver une perforation des dimensions d'une lentille au centre et d'un ulcus calleux; toutes les anses intestinales sont poisseuses, mais non rouges.

Gastro-pylorectomie. Guérison.

Ce malade présentait une perforation d'ulcus calleux et pourtant n'avait jamais souffert.

En février 1930, nouvelle publication de Grégoire sur les ulcères perforés; nous y relevons cette seconde observation.

OBSERVATION N° 2

Mme H., 35 ans, est envoyée dans mon service pour crises douloureuses épigastriques, accompagnées d'hématémèses.

Le début clinique de la maladie remonte au mois d'avril 1929. A cette date la malade, auparavant bien portante, a commencé à ressentir des pesanteurs et des élancements dans la région épigastrique, survenant 3 à 4 heures après les repas.

D'avril à juillet 1929, la malade continue son travail. Les douleurs surviennent tous les jours, présen-

tant les mêmes caractères. La malade maigrit et perd ses forces.

En juillet 1929 apparaissent les premiers vomissements présentant le même horaire que les douleurs. Les vomissements sont alimentaires et muqueux ; un régime suivi en septembre amène une amélioration passagère.

Le 7 décembre 1929, premières hématomèses qui surviennent d'une façon brusque à 6 heures du matin. Elle est suivie d'une syncope. La malade ne peut préciser la quantité de sang rejeté. Elle entre à l'hôpital Tenon le 12 décembre 1929.

A son entrée, malade pâle, fatiguée, ne s'alimentant pas. La température est à 37° 4, le pouls à 80, bien frappé. La malade n'accuse que des douleurs vagues, sans crises paroxystiques.

L'examen montre un ventre souple, non douloureux, sauf au niveau du creux épigastrique, où la pression un peu forte réveille de la sensibilité.

Le 13 décembre 1929, même état. Le soir, vers 20 heures, la malade, après avoir bu un verre d'eau, accuse quelques douleurs épigastriques irradiant dans tout l'abdomen. Elle ne vomit pas, mais passe une mauvaise nuit.

Le 14 décembre, la malade accuse une douleur assez vive au creux épigastrique. Elle n'a pas vomi.

Le ventre est souple: la température à 37° 8, le pouls à 80.

Elle se rend à pied au service de radiographie, qui est à 100 mètres au moins du service de chirurgie.

Elle supporte très difficilement l'ingestion de la bouillie barytée, qui provoque des douleurs assez vives.

L'examen radiographique révèle, en dehors de l'image d'un ulcus duodénal, la présence d'air dans la cavité péritonéale. Le diagnostic radiologique de perforation de l'ulcère en péritoine libre est porté.

L'examen clinique montre à ce moment un ventre dur dans sa moitié sus-ombilicale et qui respire mal. Il existe une sonorité pré-hépatique et de la matité déclive dans les flancs.

La température est de 37°, le pouls à 80.

L'intervention d'urgence une demi-heure plus tard sous anesthésie au Schleich.

Il est midi.

Incision médiane, sus-ombilicale. Issue de gaz et de liquide dès l'ouverture du péritoine. On aperçoit de suite la perforation qui siège sur la face antérieure de la première portion du duodénum, au centre d'une large zone indurée. De la baryte s'écoule par l'orifice.

La suture en bourse est impossible. Les fils coupent ces tissus indurés. On suture la perforation par des points séparés en deux plans au fil de lin. Une frange d'épiploon est ramenée et fixée au-devant de la suture.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique tout près du pylore.

Fermeture de la paroi en deux plans.

Incision sus-pubienne par laquelle s'écoule en abondance un liquide louche qui remplit toute la partie basse de l'abdomen.

Un drain dans le Douglas, une mèche.

Suites opératoires, normales. Apyrexie. Ablation du drain et de la mèche le neuvième jour. Guérison.

L'analyse du liquide retiré n'a montré que de rares polynucléaires. Sa culture est restée stérile.

Chez cette femme, les phénomènes douloureux gastriques étaient certainement plus prononcés que chez le malade précédent, mais rien ne faisait soupçonner une perforation. La malade, hospitalisée dans le service du professeur Grégoire, se rend à pied au service de la radiologie, attend son tour avec patience, sans rien dire. Elle est placée debout derrière l'écran, et on constate qu'une couche importante de gaz sépare le foie du dôme diaphragmatique. Au cours d'un second examen radioscopique pratiqué quelques minutes après le précédent, on voit une goutte de baryte sortir de l'estomac et couler dans le péritoine. Le diagnostic est alors certain : il y a perforation.

A l'opération, Grégoire trouve une grande quantité de liquide abondant et trouble, alors que l'estomac est encore plein de bouillie barytée, la perforation n'est donc pas récente et la malade n'a pas encore eu de douleur. Et Grégoire de conclure : la douleur violente ne correspond pas avec la perforation.

Dans les Annales de Médecine légale de 1935, Robineau rapporte deux observations qui confirment absolument l'opinion de Grégoire :

OBSERVATION 3 (D^r ROBINEAU)

C..., a pris une tasse de café au lait et un peu de pain à 8 heures. Il est pris d'une douleur épigastrique déchirante à 11 heures 30 et ne peut plus bouger. Je le vois à midi ; contracture intense, bien qu'on ne lui connaisse pas de passé gastrique, le diagnostic de perforation s'impose. Opération à 13 heures ; ulcère duodénal perforé, péritonite ; dans le liquide très abondant je trouve des parcelles de croûte de pain non digérées.

Si la perforation ne s'est produite que trois heures et demie après le repas du matin, il n'est pas admissible que le pain n'ait pas été digéré et que le repas n'ait pas déjà été expulsé en totalité de l'estomac. La perforation est donc survenue peu après ce repas et, au plus tard, deux heures après, soit entre 8 et 10 heures. Pendant toute la matinée, le malade avait vaqué à ses occupations habituelles.

OBSERVATION 4 (D^r ROBINEAU)

K... est porteur d'un ulcère pyloro-duodénal, sans sténose, avec petit estomac très hyperkinétique qui se vide, sous écran en deux heures et demi. Il termine à midi et demi un copieux repas, puis se promène et joue au tennis ; à 18 heures, il prend un bain de mer, nage sans rien éprouver d'anormal, et revient à terre. A 18 h. 30, douleur en coup de poignard qui l'immobilise sur le rivage ; un quart d'heure plus tard, l'exa-

men révèle la contracture du ventre, signe de péritonite.

A l'opération pratiquée à 20 heures, ulcère perforé, péritonite avec liquide très abondant jusque dans le petit bassin ; dans ce liquide flottent des parcelles alimentaires du repas de midi.

Ici encore, il n'est pas admissible que l'estomac hyperkinétique n'ait pas été vidé de tout contenu alimentaire six heures après le repas ; il faut donc logiquement situer la perforation dans les deux ou trois heures après le repas, c'est-à-dire au plus tard à 15 heures, bien avant l'apparition de la douleur vive et de la contracture.

K... a cru que sa perforation résultait de ses efforts en nageant ; il serait plus logique de mettre en cause les efforts pendant la partie de tennis, car elle a eu lieu dans le courant de l'après-midi ; il me paraît plus conforme à la vérité d'attribuer la perforation aux contractions de l'estomac sur un repas plus abondant que d'habitude.

— Pour le premier malade, la douleur est apparue à 11 h. 30 et sans contradiction possible la perforation s'était produite deux heures avant, c'est-à-dire deux heures après le repas du matin, soit à 10 heures. Il s'est donc écoulé un intervalle d'une heure et demie au moins entre la perforation et la douleur épigastrique déchirante.

— Quant au second malade, il termine à midi et

demie un copieux repas et est pris d'une douleur en coup de poignard à 18 h. 30. On peut admettre logiquement que son estomac ait été vide de tout contenu alimentaire deux à trois heures après le repas.

Or, dans le liquide très abondant que Robineau retire de la cavité abdominale au cours de l'intervention, il trouve des parcelles de croûtes de pain non digérées. Ici encore, il s'est écoulé un intervalle d'au moins trois heures entre la perforation et la douleur.

OBSERVATION 5

*Sur un cas de perforation d'ulcère de l'estomac
après contusion de la paroi abdominale,
par M. MAGNANT (de Bordeaux).*

B... Daniel, 30 ans, manoeuvre, entra dans le service de M. le Professeur Chavannaz le 8 février 1930, vers 14 heures, avec un syndrome de péritonite généralisée survenu quarante-huit heures après un traumatisme abdominal.

C'est le 26 février 1930, vers 14 heures, en chargeant une petite charrette à bras que le malade, par suite d'une fausse manoeuvre, reçut, en pleine région épigastrique, un coup très violent porté par un des bran-cards de la voiture. Immédiatement, le malade ressentit une vive douleur qui, à ses dires, ne dura que quelques instants, puisque, le chargement terminé, il put ramener sa charrette à destination. Pendant le trajet, la douleur s'était atténuée mais, en arrivant, vingt minutes après le traumatisme, il dut s'asseoir, cesser

son travail, et, pris d'un malaise subit et croissant, on dut le transporter chez lui en voiture. Couché, la douleur ne se calma pas, au contraire ; ce n'est que le surlendemain, devant l'état alarmant du sujet, qu'un médecin, alors consulté, conseilla son envoi immédiat à l'hôpital.

A l'examen, on est frappé par le facies péritonéal, le pouls petit et rapide, la langue sèche, les nausées fréquentes, mais non suivies de vomissements. Le ventre est douloureux dans son entier, mais surtout il est d'une dureté de bois, la contracture est généralisée. En insistant un peu, il semble que le maximum, cependant, siège au niveau de la région épigastrique.

C'est, en tout cas, là qu'existe la douleur la plus vive à la pression. Les deux flancs sont mats à la percussion. Le toucher rectal est négatif, l'arrêt des gaz est complet depuis 24 heures. Pas de matières non plus. Température 38°5. Tout fait penser à une péritonite généralisée, mais l'interrogatoire décèle un passé gastrique des plus nets. Depuis cinq ans, en effet, ont apparus des troubles gastriques sous forme de crises douloureuses, avec vomissements alimentaires une heure environ après le repas, crises espacées par des périodes de calme complet, la dernière datant d'un mois. Lorsque l'accident est survenu, le malade se sentait alors parfaitement bien portant : il était en période d'inter-crise, il est très catégorique à ce sujet. C'est ce passé gastrique qui attira notre attention sur la perforation possible d'un ulcère stomacal par contusion de la paroi abdominale.

Intervention d'urgence le 28 février 1930, à 18 h., soit 48 heures environ après le traumatisme.

On trouve une perforation siégeant sur la face antérieure de l'estomac, à deux travers de doigt de la petite courbure et à 7 centimètres environ du cardia.

L'ulcus est nettement calleux et s'étend sur une surface d'une pièce de cinq francs. En son centre, la perforation a le diamètre d'une grosse lentille, les bords en sont nets, taillés à l'emporte-pièce. Tout autour de lui existent des fausses membranes, signature du processus péritonitique.

M. Magnant, de Bordeaux, fait suivre son observation de plusieurs réflexions intéressantes, entre autres celle de l'existence d'un véritable intervalle libre entre le moment de l'accident et le début de la douleur. Après le choc, en effet, et la douleur vive immédiate, le blessé a pu se remettre, finir de charger une charrette à bras et la trainer pendant 20 minutes avant de recommencer à souffrir violemment. Dans ce cas, il s'est écoulé à peu près 20 minutes entre le traumatisme et la douleur.

OBSERVATION 6

Observation du Docteur FÉREY (de Saint-Malo).

(*Soc. Nat. de Chirurgie* du 27 janvier 1932.

Le 6 juin 1928, à midi, un manœuvre travaillant à la construction du Casino de la Vicomté, près de Dinard, reçoit dans la région épigastrique un violent

coup de levier d'une machine à fabriquer des blocs de ciment. La douleur ressentie est très violente, puisqu'il perd un instant connaissance. En revenant à lui, quelques minutes après, il reste pâle et vomit les aliments qu'il vient de prendre (il venait de déjeuner et reprenait son travail). On le transporte chez lui et, pendant son transport, il est pris d'une douleur subite et violente, en coup de poignard, au niveau de la région sous-hépatique, qui s'irradie rapidement vers la fosse iliaque droite.

Cette douleur apparaît environ une demi-heure à trois quarts d'heure après le traumatisme. Le Docteur Badin, de Dinard, appelé d'urgence, voit le malade vers 14 heures. A ce moment, la douleur est moins vive, il n'y a pas de vomissements, le ventre n'est pas tendu, et le médecin constate un hématome un peu à droite et au-dessus de l'ombilic. Il fait une piqûre de morphine et demande à l'entourage de venir le chercher si le malade souffre à nouveau ou vomit. A minuit, les douleurs qui s'étaient un peu calmées redoublent de violence, le malade a un vomissement vers 2 heures du matin. On va chercher à nouveau le Docteur Badin qui fait transporter le blessé à l'hôpital de Dinard où nous le voyons à 9 h. 1/2 du matin, le 7 juin 1928.

Le blessé est dans un état grave, il est abattu, le teint est terreux, la langue sèche, le pouls est aux environs de 150, presque incomptable, la température rectale est à 38°5. L'abdomen est tendu, dur, ne respirant pas. A la palpation, on constate que la contrac-

ture est généralisée et la palpation la plus douce est très douloureuse. Il n'a pas eu de gaz, il n'a pas uriné depuis la veille au soir. On pense à une rupture traumatique d'un viscère creux, estomac ou côlon, en raison de la situation de l'hématome, car il n'y a aucun passé gastrique ; jamais le malade n'a souffert de l'estomac ; c'est un homme de 36 ans, solide, bien portant.

Intervention le 7 juin 1928, à 10 heures du matin, c'est-à-dire 22 heures après le début de la perforation. Anesthésie au Balsoforme. Incision médiane sus et légèrement sous-ombilicale.

Dès l'ouverture du péritoine s'écoule une quantité assez abondante de liquide séro-purulent à odeur fade ainsi que quelques fausses membranes qui recouvrent la région gastro-colique. Le côlon transverse, rouge, un peu distendu, se présente à la vue ; il n'est pas perforé ; nous examinons l'estomac, il n'a rien non plus. Nous faisons écarter la lèvre droite de l'incision et nous trouvons sur la face antérieure du duodénum à 2 centimètres environ du pylore, à 1 centimètre du bord supérieur, à l'endroit précis, systématique où nous avons toujours trouvé les ulcères perforés du duodénum (12 cas) un orifice gros comme une grosse tête d'épingle, au milieu d'un large ulcère calleux ancien. Nous obturons l'orifice par des points séparés au fil de lin ; les premiers points passés trop près coupent, on est obligé de prendre loin en zone saine. On fait la deuxième suture au catgut N° 1 et on y ajoute une épiplooplastie. Mais toutes ces sutu-

res ont rétréci le duodénum qui ne paraît plus perméable. On fait rapidement une gastro-entérostomie postérieure au catgut N° 0. On ferme la paroi abdominale en un plan au fil de bronze et, par une contre-incision sus-pubienne, on passe un gros drain qui évacue du Douglas près d'un demi-litre de liquide séro-purulent contenant des fausses membranes.

L'évolution se fait simplement, le drain sus-pubien est enlevé au quatrième jour et le malade sort guéri de l'hôpital le 28 juin 1928.

Nous avons revu ce blessé le 19 janvier 1929 et le 5 mars 1930. A la suite de la communication du Docteur Magnant à la Société de Chirurgie, nous avons écrit à notre malade et, dans sa lettre du 27 mars 1931, il nous dit qu'il n'a jamais souffert depuis son accident, voilà bientôt trois ans. Il ne regrette qu'une chose, c'est que la perforation n'ait pas été à proprement parler traumatique, car l'assurance n'a pas voulu reconnaître la perforation de l'ulcère comme étant un accident du travail et, de ce fait, il a perdu son salaire pendant un mois et demi.

Pour l'accidenté du Docteur Férey, la douleur apparaît environ une demi-heure à trois quarts d'heure après le traumatisme.

Le Docteur Férey se demande si cet intervalle libre peut être expliqué par une perforation en deux temps. Nous allons voir qu'il est possible de donner une autre explication plus simple et, à notre avis, plus logique.

Ayant commenté ces différentes observations, nous croyons pouvoir être affirmatif et dire :

La douleur ne coïncide pas dans le temps à la perforation, mais lui est postérieure.

2° La douleur extrêmement violente observée au cours des perforations d'ulcus gastro-duodénaux n'est pas due à la déchirure de l'organe, mais plutôt à la péritonite consécutive à cette perforation.

La douleur n'est pas due à la perforation ; en effet, si elle était provoquée par l'ouverture d'un organe creux dans l'abdomen, elle éclaterait au même moment. Nous savons tous que l'on peut, aux cours des interventions pratiquées sur un organe creux de l'abdomen sous anesthésie locale, l'anesthésie n'intéressant seulement que la paroi, inciser, suturer cet organe sans réveiller aucune réaction douloureuse.

Nous savons aussi qu'un coup de revolver, un coup de couteau qui ouvrent brutalement une ou plusieurs anses intestinales ne provoquent pas la douleur subite que l'on dit coïncider avec les perforations de l'intestin.

A quoi correspond donc cette douleur ?

A notre avis, elle est le signe d'une réaction déjà prononcée du péritoine. La péritonite ne coïncidant pas avec la perforation mais lui succédant, il faut un certain temps pour qu'elle soit réalisée, la douleur est donc postérieure à la perforation.

Aussi peut-on expliquer très simplement toutes ces

formes frustes, en deux temps, latentes, autant de formes cliniques pour les classiques. Il n'y a pas de formes latentes, mais tout simplement des cas où le diagnostic ayant été posé précocement, on est intervenu avant la période de réaction prononcée du péritoine. Si l'intervention avait été repoussée, on aurait assisté au symptôme alarmant : la douleur.

Si la douleur était un signe de perforation, elle ne devrait jamais manquer et elle ne devrait surtout pas disparaître tant que la perforation reste béante ; bien au contraire, elle s'accroît et elle dure en même temps que la péritonite se développe.

CHAPITRE III

INTERET DE LA QUESTION AU POINT DE VUE MEDICO-LEGAL

La notion que la douleur extrêmement violente observée au cours des perforations d'ulcus gastro-duodénaux n'est pas contemporaine à la perforation, mais lui est postérieure, entraîne, au point de vue médico-légal, des conséquences importantes.

Nous empruntons à la communication de Robineau dans les *Annales de Médecine Légale* de 1935, les phrases qui suivent :

Un homme est porteur d'un ulcère gastro-duodéal; cet ulcère s'est traduit par des manifestations cliniques ou est resté méconnu, peu importe. Au cours de son travail, ce malade fait un effort, est pris d'une douleur abdominale déchirante qui le terrasse et, peu après une intervention chirurgicale démontre que l'ulcère s'est perforé dans la cavité péritonéale libre d'adhérences. Est-ce un accident de travail ?

D'après la jurisprudence, la lésion survenue au cours et sur le lieu du travail est présumée en provenir, et la Loi de 1898 trouve ici son application ; l'ou-

vrier doit être indemnisé de toutes les conséquences de son ulcère perforé, y compris la mort. Il n'en est plus de même s'il est prouvé que la lésion résulte exclusivement de l'état constitutionnel du blessé, indépendamment de toute action extérieure imputable au travail. Cette preuve doit être administrée par le défendeur. Et c'est au médecin expert que le tribunal demandera des arguments scientifiques en faveur de l'une ou de l'autre thèse.

Du point de vue scientifique, la perforation spontanée d'un U. G.-D. est possible et se trouve réalisée quand la perforation survient la nuit, pendant le sommeil ; son mécanisme est le suivant : l'ulcère a érodé peu à peu les tuniques du tube digestif ; son fond n'est plus représenté que par une mince pellicule qui s'érode à son tour, et la perforation est constituée. L'intervention d'une cause provoquant la perforation ne se conçoit guère en dehors d'une augmentation de la pression intra-gastrique qui amène la rupture de la pellicule constituant le fond de l'ulcère ; l'accroissement de pression est produit par chaque contraction ondulatoire de la musculature de l'estomac, phénomène physiologique ; il peut aussi résulter d'une violence extérieure telle qu'un corps contondant comprimant la région épigastrique, ou d'un effort suivi de contraction vive de la paroi abdominale.

Des faits que nous venons d'exposer se dégagent les notions suivantes :

La douleur brusque, intense, persistante, ne doit

pas être considérée comme un signe pathognomonique de perforation du tube digestif ; elle traduit essentiellement la réaction péritonéale consécutive à cette perforation et qui ne s'établit qu'après un certain temps. La contracture pariétale qui accompagne la douleur est également un signe de péritonite.

La perforation d'un U. G.-D. survient spontanément ou résulte d'une augmentation momentanée de la pression intra-gastrique. Celle-ci peut être la conséquence d'un choc ou d'un effort, mais elle s'observe au cours de chaque digestion gastrique, à l'occasion de chaque contraction ondulatoire de la musculature de l'estomac. Qu'elles soient ou non d'origine traumatique, les perforations d'ulcères sont favorisées par l'état de réplétion qui distend l'estomac et met en jeu ses contractions.

Contrairement à ce qu'on admettait jusqu'ici, la perforation d'un U. G.-D. ne se révèle pas nécessairement en clinique par des symptômes immédiats, caractéristiques : elle se produit sournoisement, et le drame ne commence que plus tard, quand la péritonite se déclare. La durée de la phase silencieuse avant la douleur vive est difficile à apprécier ; elle peut certainement se prolonger quelques heures.

Et voici l'intérêt de ces notions en Médecine légale : en dehors des traumatismes violents, on est toujours porté à attribuer une douleur subite à l'acte que l'on vient d'exécuter. L'ouvrier ne manque pas à cette règle et déclare de la meilleure foi du monde : j'ai fait un effort et j'ai aussitôt été pris d'une dou-

leur terrible dans le ventre. Si la perforation de son ulcère coïncidait avec l'apparition de la douleur, il aurait raison ; mais si on est en droit de dire que la perforation existait déjà quand la douleur est apparue, il devient évident que l'effort incriminé ne peut être mis en cause.

La relation entre une perforation d'U. G.-D. et le travail devient alors assez difficile à établir ; il faudrait rechercher un effort effectué dans les heures qui ont précédé l'apparition de la douleur ; mais sur quoi se baser, et pourquoi incriminer un effort plutôt qu'un autre puisque nous ne pouvons situer exactement l'heure de la perforation ? Et ne sera-t-on pas amené aussi bien à incriminer tout simplement le repas précédent et les contractions gastriques qu'il a provoquées ? Il est vrai que, si le repas a été pris au cours du travail sous forme de casse-croûte, la lésion sera survenue sur le lieu du travail et donnera droit à indemnisation ; et ceci choque un peu un esprit scientifique, puisque le même repas pris à domicile ou au restaurant ne donnera pas les mêmes droits.

Il appartient aux médecins experts de débrouiller chaque cas particulier ; nous avons voulu seulement appeler leur attention sur des faits cliniques qui sont en opposition avec une notion classique universellement répandue.

CONCLUSIONS

1° La douleur extrêmement violente observée au cours des perforations d'ulcus gastro-duodénaux n'est pas due à la déchirure de l'organe, mais plutôt à la péritonite consécutive à cette perforation.

2° A notre avis, cette douleur n'est pas contemporaine de la perforation. Il existe un intervalle libre de plus ou moins longue durée entre la perforation et le syndrome douloureux.

3° Au point de vue médico-légal, il faudra tenir compte de cette donnée et ne pas accepter la coïncidence du moment de la perforation avec celui de l'apparition de la douleur.

4° Au point de vue thérapeutique, il ne faut pas attendre le symptôme douleur pour intervenir si le hasard a révélé d'autres signes cliniques ou radiologiques qui ont déjà permis de poser le diagnostic.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
GRÉGOIRE.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- MONDOR. — Les diagnostics urgents de l'abdomen. (Masson et Cie, Paris).
- GRÉGOIRE. — Perforation d'un ulcère gastrique sans signe clinique. (*Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie*. Séance du 12 juillet 1932).
- Ulcère gastrique perforé en silence. Gaz et liquide libres dans le péritoine sans signe clinique. (*Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie*. Séance du 12 février 1930).
- ROBINEAU. — Perforation des ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre et accident du travail. (*Annales de Médecine Légale*, février 1935).
- MAGNANT (de Bordeaux). — Sur un cas de perforation d'ulcère de l'estomac après contusion de la paroi abdominale. (*Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie*. Séance du 4 mars 1931).
- FÉREY (D.) (de Saint-Malo). — Un nouveau cas de perforation d'ulcère du duodénum consécutif de la paroi abdominale. (*Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie*. Séance du 27 janvier 1932).



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° °° IMPRIMEURS-ÉDITEURS °° °° °°

°° 42, QUAI GAILLETON, 42 °°

°° °° °° °° LYON °° °° °° °°



